

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 141

LES FORMES BULBAIRES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Adrien-Georges COPPERIE

Né le 16 Avril 1894 à Bordeaux (Gironde)

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		CRUCHET, professeur.....		
		MAURIAC, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 141

LES FORMES BULBAIRES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Adrien-Georges COPPERIE

Né le 16 Avril 1894 à Bordeaux (Gironde)

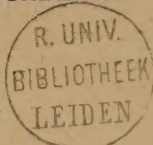
Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		CRUCHET, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		MAURIAC, agrégé.....		
		PERRENS, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.
PROFESSEURS HONORAIRES :
 MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.



PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	DENUCE.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CRUCHET.	dies des enfants	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique ..	SIGALAS.
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies des	
Hygiène	AUCHE.	voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontolog.	VERGER.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.	climatologie	SELLIER.
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
 CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie....	N... N...	Médecine générale	DUPERIÉ.
Histologie	LACOSTE (chargé)	id.	CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	id.	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Maladies mentales	PERRENS.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS (ch.)	Médecine légale	LANDE.
id.	N...	Chirurgie générale	ROCHER.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	id.	DUVERGEY.
Chimie biolog. et médicale...	N...	id.	PAPIN.
Médecine générale	PETGES.	Obstétrique	PERY.
id.	J. CARLES.	id.	FAUGÈRE.
id.	MAURIAC.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	LEURET.	Pharmacie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

COURS COMPLÉMENTAIRES.		COURS COMPLÉMENTAIRES.	
MM.	MM.	MM.	MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Thérapeutique et pharmacologie	CARLES.	Chimie	RANGIER.
Médecine opératoire	N.	Puériculture	PETGES.
Accouchements	FAUGERE.	Pathologie interne	CREYX.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie externe	PAPIN.
Puériculture	ANDERODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			MM. ROCHE
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle .			GOURD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BONHOMME

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETGES

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS DE VÉNÉRÉOLOGIE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TASTET-GIRARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

MÉDECIN CHEF DE L'ASILE DE CHATEAU-PICON

A MONSIEUR LE DOCTEUR HESNARD

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE DÉONTOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Les Formes bulbaires de l'Encéphalite épidémique

INTRODUCTION

Entrée il y a peu de temps dans le cadre de la nosologie, — tout au moins sous la forme individualisée que nous lui connaissons aujourd'hui — l'encéphalite épidémique voit incessamment son domaine gagner à la fois en extension, en diversité, en précision. L'épidémie de 1918-1919 offrit aux cliniciens le spectacle de cas anormalement nombreux; mais l'expérience des années qui ont passé depuis, nous convainc encore de son indéniable fréquence et de sa haute importance. En même temps se découvre mieux ce polymorphisme que les seules notions anatomo-physiologiques permettaient d'attendre. Si la fréquence de l'encéphalite épidémique, la gravité de ses symptômes et de ses séquelles n'y suffisaient pas, cette pluralité de ses aspects ajouterait encore pour lui assurer un rang primordial dans la pathologie du système nerveux.

Ce polymorphisme est aussi une des raisons qui expliquent l'évolution de la notion même d'encéphalite — évolution dont témoigne la terminologie si variée employée successivement pour désigner cette affection.

Nous verrons plus loin que la littérature médicale avait

depuis de nombreuses années groupé quelques cas, sans qu'ils fussent cependant rattachés les uns aux autres. Nous savons aussi que la notion d'encéphalite infectieuse était dès longtemps admise avant les observations de 1916-1917. Mais il devait appartenir aux dernières années de la guerre et à celles qui les suivirent, de dégager le concept d'encéphalite épidémique et de le préciser.

La définition de cette affection, d'abord purement symptomatique, allait s'élever peu à peu au stade pathogénique, pour tendre maintenant à devenir précisément étiologique, terme que souhaite l'esprit, le seul capable de satisfaire complètement la logique biologique.

Nous verrons combien les idées de l'école bordelaise influèrent heureusement sur cette évolution et nous précisons ce qui leur revient des progrès accomplis dans cette voie.



Mais de la pluralité des formes de l'encéphalite épidémique, ne naît malheureusement aucune méthode aisée de les classer, ainsi que l'on aurait pu d'abord s'y attendre. C'est que cette affection se caractérise en même temps par une marche particulièrement mobile, serpigineuse, acyclique. Les symptômes n'en varient pas seulement d'un malade à l'autre, mais chez un même malade d'une époque à une autre époque; et cette évolution n'est-elle encore que rarement comparable chez des malades différents.

On comprend dès lors la vanité d'isoler tant de formes purement symptomatiques. Nous suivons en cela l'opinion du Professeur Achard qui, dans son travail sur *l'encéphalite léthargique* (1), renonce à retenir une classification trop souvent établie sur « des symptômes insolites ou les plus visibles », non toujours les plus importants et dans tous les cas extrêmement variables. Disons, d'ailleurs, que parmi ces formes symptomatiques, la forme somnolente, la forme myo-

(1) ACHARD, *L'encéphalite léthargique*, Paris, Boillière, 1921.

clonique et le syndrome parkinsonien méritent sans doute de faire exception.

Les formes distinguées d'après le mode évolutif de la maladie — formes aiguës, subaiguës, frustres, ambulatoires, abortives, lentes — sont certainement moins susceptibles d'être outrepassées par les faits cliniques.

Mais ce sont, nous semble-t-il, les formes déterminées par la localisation des lésions qui demeurent les plus riches en enseignements, cette restriction faite toutefois qu'elles ne sont elles-mêmes bien souvent ni absolument constantes ni pures.

*
**

C'est dans cette pensée, sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Henri Verger, que nous avons voulu mettre en évidence et décrire les formes bulbaires. Elles s'imposent à l'attention du clinicien par leurs troubles fonctionnels et physiques, leur prolongement moral, leur importance pour la vie même du sujet.

La littérature médicale en a jusqu'à présent isolé peu de cas. C'est à les réunir, en y joignant quelques observations inédites, que nous voulons nous attacher ici et à préciser leurs caractères.

Nous espérons montrer à la fois que ces cas ressortissent bien à l'encéphalite épidémique et qu'ils se présentent cependant dans les cadres mêmes de cette maladie avec leur individualité propre, que leur groupement est légitime.

*
**

Nous rappellerons dans une première partie de notre travail quelques considérations générales sur l'encéphalite épidémique, nous passerons en revue les théories diverses qui se sont offertes à son interprétation, nous montrerons la fécondité de la théorie bordelaise et comment elle permit dès 1917 de mieux rendre compte de ces cas.

Passant ensuite à l'étude des formes bulbaires elles-mê-

mes, nous nous efforcerons de rechercher dans la littérature médicale les cas qui nous semblent se rattacher à l'objet de notre étude. Ils sont à la vérité assez peu nombreux. Nous y joindrons deux observations inédites, l'une d'un malade du service de notre Maître, Monsieur le Professeur Henri Verger, l'autre due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Hsnard.

Des unes et des autres nous tenterons de faire la synthèse clinique et de dégager le tableau didactique des formes bulbaires de l'encéphalite épidémique. Nous comparerons enfin, avant de conclure, des paragraphes distincts à l'étiologie et à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au pronostic de ces formes.

*
**

Qu'il nous soit permis de remercier ici Monsieur le Docteur Hesnard pour les précieux conseils qu'il nous a donnés à l'occasion de ce travail.

Qu'il nous soit permis aussi d'exprimer à notre Maître, Monsieur le Professeur Henri Verger, notre très vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.



CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur l'encéphalite

L'encéphalite épidémique n'est assurément pas une maladie nouvelle, bien que sa connaissance ait surtout progressé depuis 1917 et qu'aucune des épidémies antérieures à celle de 1918-1920 n'ait provoqué un nombre de travaux aussi considérable.

Elle semble déjà avoir été observée par Celse; elle fut décrite, cliniquement tout au moins, par Sydenham au cours de l'épidémie de 1673-75; par J. Camerarius dans les *Ephémérides des curieux de la nature* pendant l'épidémie de Tubingue en 1712; par Pinel en 1802; par Joseph Franck en 1837, qui note sa fréquence au cours des épidémies de grippe.

De nombreux cas sporadiques étaient en outre rapportés: en 1695 par Albrecht de Hildesheim; en 1768 par Le Pecq de la Clôture; en 1846 par Dubini, Tommasi; en 1875 par Gayet; en 1883 par Wernicke.

Les observations deviennent plus fréquentes à mesure qu'on se rapproche des premières années du XX^e siècle. Citons celles de von Leyden et Guttmann, Bozzolo, Achard et Paiseau, Comby, Egas Moniz, qui peuvent raisonnablement être rapportées à l'encéphalite épidémique.

On décrivait d'ailleurs déjà sous le nom de polio-encéphalite quelques-uns de ses caractères principaux : troubles oculaires, somnolence, paralysies, fièvre.

Ces antécédents historiques ont été rappelés par Achard, Cruchet, Castaigne.

*
**

Mais c'est pendant la guerre que se révélèrent les premiers cas de l'épidémie récente et le 1^{er} avril 1917, le Professeur Cruchet communiquait avec Moutier et Calmettes à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, une note sur 40 cas d'encéphalomyélite subaiguë, observés dès 1915 à Commercy et à Verdun, puis à Bar-le-Duc en 1916-17.

Cette maladie qui au cours de l'histoire n'avait certainement pas cessé de s'affirmer par des cas isolés, qui, à diverses reprises, avait éclaté plus vivement en épidémies meurtrières, reparaisait ainsi brusquement dans les cadres d'une nosologie évoluée. Elle avait successivement porté les noms de maladies du sommeil (*schlafkrankheit*), fièvre léthargique (Albrecht de Hildesheim) (1), chorée électrique (Dubini) (2), affection encéphalique (Gayet) (3), polio-encéphalite supérieure aiguë (Wernicke), catalepsie grippale (Young) (4).

Dès 1917, Cruchet, Moutier et Calmettes lui donnaient le nom d'encéphalomyélite diffuse, terme dont la large compréhension répondait bien aux multiples symptômes que dès lors ils observaient.

Dès cette communication la description de la maladie est fixée dans ses traits essentiels. Elle se caractérise ainsi.

Un début analogue le plus souvent à celui de la grippe, avec lassitude, asthénie physique et mentale, céphalées, douleurs lombaires, douleurs dans les membres inférieurs, état saburral des voies digestives, inappétence, constipation, fièvre inconstante. Ce début se fait parfois par un accident

(1) *Ephémérides des Curieux de la Nature*, an IX.

(2) Angelo Dubini *Primi cenni corea elettrica*. VII. Congr. degli scienziati ital. in Napoli, *Ann. univers. di medic.* janv. 1846.

(3) GAYET. Affection encéphalique (encéphalite diffuse probable) localisée aux étages supérieurs des pédoncules cérébraux et aux couches optiques ainsi qu'au plancher de quatrième ventricule et aux parois latérales du troisième ventricule. *Arch. de physiol.* 1875, p. 341.

(4) YOUNG. *Brit. med. Journ.*, 22 nov. 1890.

particulier tel que diplopie ou somnolence, mais il semble le plus souvent dans ces cas que les prodromes aient passé inaperçus.

A la période d'état les signes principaux sont les suivants :

Le facies du malade est inerte, son teint terreux quelquefois subictérique; il présente une demi-torpeur, de l'indifférence émotionnelle, l'aspect, en un mot, d'un sujet profondément infecté.

La fièvre est très variable, rarement très élevée, souvent passagère, même complètement absente ou faisant place à de l'hypothermie.

Dans la moitié des cas environ apparaît de la somnolence. Il s'agit le plus souvent d'une somnolence banale voisine du coma et telle que l'on l'observe dans des états febriles. Plus rarement le malade dort d'un sommeil apparemment naturel, mais anormal à la fois par sa durée et par les difficultés que l'on a à l'en tirer; il ne tarde d'ailleurs pas alors à s'endormir de nouveau. Cette narcolepsie, à laquelle songeaient particulièrement les auteurs qui décrivirent ensuite la maladie sous le nom d'encéphalite léthargique, est assez rare d'après Cruchet; on l'observerait seulement dans un sixième des cas environ.

Une place à part doit être faite dans la symptomatologie aux troubles oculaires souvent notés et qui donnent à la maladie un de ses caractères les plus communs. Ils consistent surtout en diplopie, strabisme, ptosis, amblyopie, troubles des réflexes pupillaires, altérations de la pupille.

Assez fréquemment on observe des symptômes que l'on peut rapporter à des lésions bulbaires : paralysies faciales, déviation de la langue, modifications cardio-pulmonaires, hoquets.

Les phénomènes méningés sont inconstants, de même que les altérations du liquide céphalo-rachidien, qui consistent surtout en une lymphocytose le plus souvent légère.

Des troubles moteurs se montrent quelquefois; tantôt sous la forme de mouvements choréïques, de mouvements

cloniques; tantôt sous forme d'hémi-parésie ou d'hémiplégie.

Les troubles mentaux, que l'on observe aussi, en dehors du délire assez fréquent, donnent dans la plupart des cas le tableau d'un état de stupeur lucide.

Tels étaient les traits essentiels de l'encéphalite épidémique à la suite des communications de Cruchet, Moutier et Calmettes. Déjà cette description était dominée par une conception large, tenant compte des diverses localisations de l'infection de haut en bas de l'axe encéphalo-médullaire, et ses limites englobaient par avance les symptômes et les formes multiples que l'on allait décrire par la suite.



Peu de temps après, von Economo (1) publie, à Vienne, les observations de onze cas qu'il réunit sous le nom d'encéphalite léthargique (*encephalitis lethargica*) et qu'il caractérise essentiellement cliniquement par de la somnolence, des paralysies crâniennes, surtout oculaires, et de la fièvre. Des cas analogues sont publiés en 1917 par Schlesinger et Redlinch (2) à Vienne. Voilà constitué le trépied symptomatique auquel de nombreux observateurs vont par la suite s'attacher.

Puis en mars 1918 Netter (3) identifie la maladie à Paris et en signale de nombreux cas. La même année Pribram (4) en publie des observations à Prague, Breine (5) en Australie, Harris (6) et Hall (7) en Angleterre. La maladie semble alors s'étendre et les cas se multiplient en France, à

(1) VON ECONOMO. *Encephalitis lethargica*. *Wien-klin. Wochenschr.*, 18 mai 1917.

(2) SCHLESINGER et REDLINCH. *Wien. klin. Wochenschr.*, 27 nov. 1917.

(3) NETTER (A.). Sur quelques cas d'encéphalite léthargique observés récemment à Paris. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris*, 22 mars 1918, p. 307.

(4) PRIBRAM, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1918.

(5) BREINE, *Med. Journ. of Australia*, mars 1918.

(6) HARRIS. Acute infectious ophthalmoplegia or botulismus. *The Lancet*, 20 avril 1918.

(7) HALL, *Epidemic encephalitis*, *The Brit. med. Journ.*, 20 août 1918.

Nancy où Etienne (1) la signale, dans la région parisienne où des travaux sont publiés sur elle par Netter (2), Sainton (3), Lhermitte (4), Comby (5), Lévy (6); à Lyon, à Bordeaux, à Brest, à Marseille, à Montpellier, à Angers; en Belgique; en Algérie; en Grèce; en Italie, à Rome, Milan et Ancône; en Espagne; en Suisse; dans la Virginie et l'Iowa, à New-York et à Philadelphie.

*
**

Les travaux d'ensemble de Netter, Sainton, Lhermitte, Comby, Lévy, de même que ceux de von Economo, s'accordent alors pour considérer la maladie qui est uniformément désignée par le terme d'encéphalite léthargique, « comme un syndrome toxi-infectieux caractérisé cliniquement par un trépied symptomatique bien déterminé, état somnolent ou léthargique, paralysies ou parésies des nerfs du mésocéphale et principalement des nerfs moteurs de l'œil, un état infectieux fébrile; anatomiquement par un processus d'encéphalite plus ou moins diffus prédominant au niveau de la substance grise du mésocéphale » (7).

Cette conception de l'Ecole parisienne marque, on le voit, une restriction notable par rapport à celle de Cruchet, Moutier et Calmettes. Sans doute les phénomènes observés alors présentent-ils avec une fréquence particulière les trois symptômes essentiels de cette description nouvelle. Mais la première conception continue à être défendue par l'Ecole bordelaise, notamment par M. le Professeur Cruchet dans des

(1) ETIENNE. Encéphalite léthargique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 mai 1919, p. 482.

(2) NETTER (A.). L'encéphalite léthargique épidémique. *Paris médical*, 3 août 1918, p. 81. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918-1920, passim. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1918-1920, passim.

(3) SAINTON. L'encéphalite léthargique, *Presse médicale*, 23 septembre 1918.

(4) LHERMITTE. L'encéphalite léthargique, *Annales de Médecine*, septembre 1919.

(5) COMBY. L'encéphalite léthargique, *Archives de Médecine de l'enfance*, mai 1919.

(6) LÉVY (F.). L'encéphalite léthargique, *Gazette des Hôpitaux*, 11 et 13 novembre 1919.

(7) Cité par SAINTON in : Les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique, *Journal médical français*, mars 1920.

travaux et des communications (1) où il montre que l'encéphalite léthargique telle que la conçoit Netter, ne saurait s'appliquer à tous les faits publiés, qu'il s'agit en réalité d'une forme particulière de l'encéphalomyélite telle qu'il la décrit avec Moutier et Calmettes en 1917, par nos maîtres, le Professeur Henri Verger (2 et 5), et le Professeur Jean Abadie (3), par les docteurs Hesnard (2, 3 et 4), Anglade (5), Mauriac (6), Andérodias (7), de Coquet (8), Serre (9), Harmand (10) et par les professeurs Arnozan (11) et Sabrazès (12).

Dès 1917-1918 d'ailleurs, les auteurs anglais traduisent

(1) CRUCHET (R.). L'encéphalomyélite diffuse et l'encéphalite léthargique. *Paris médical*, 14 juin 1919.

CRUCHET (R.). La conception bordelaise de l'encéphalite léthargique ou encéphalomyélite épidémique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1921.

CRUCHET (R.). et ANGLADE. Nouveaux cas d'encéphalomyélite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 janvier et 6 février 1920.

(2) VERGER (Henri). Encéphalomyélite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 6 février 1920. *Gazette hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 20 février 1920..

VERGER (H.) et HESNARD. Un cas de stupeur aiguë épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 16 avril 1920. *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 13 juin 1920.

VERGER (H.). et LARTIGAUD. Encéphalo-myélite diffuse et myoclonie. *Soc. anat. clin. de Bordeaux*, 9 février 1920.

(3) ABADIE et HESNARD. Etat pseudo-parkinsonien durant depuis neuf mois, consécutif à une encéphalite léthargique. *Soc de méd. et de Chir. de Bordeaux*, 17 décembre 1920.

ABADIE et HESNARD. Sur une forme psychique pure d'encéphalite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, juillet 1920.

(4) HESNARD. La psycho-encéphalite aiguë dite léthargique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 19 mars 1920.

(5) ANGLADE et VERGER. Syndrome d'encéphalomyélite infectieuse à début pseudo-parkinsonien. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 9. janvier 1920.

(6) MAURIAC (P.). *Soc. anatomo clinique de Bordeaux*, 2 février 1920. — *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 15 octobre 1920.

(7) ANDERODIAS. Encéphalomyélite diffuse à forme myoclonique au cours de la puerpéralité. *Soc. d'obstét. et de gynécol. de Bordeaux*, 27 avril 1920. *Journal de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1920.

(8) DE COQUET. Encéphalomyélite diffuse. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 7 novembre 1919.

DE COQUET. Nouveaux cas d'encéphomyélite diffuse épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 13 février 1920.

(9) SERRE. Contribution à l'étude de l'encéphalite léthargique épidémique et de ses formes cliniques. *Thèse de Bordeaux*, 30 avril 1919.

(10) HARMAND. Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique. *Thèse de Bordeaux*, 2 juin 1920.

(11) ARNOZAN. Un cas d'encéphalite léthargique, clinique du 30 janvier 1920. *Concours médical*, 9 mai 1920.

(12) SABRAZÈS (J.). et MASSIAS (Charles). De l'encéphalite léthargique, à propos des formes frustes. *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 8 février 1920.

le polymorphisme symptomatique qu'ils observent par une terminologie variée. L'encéphalite épidémique y est successivement dénommée : *toxic ophtalmoplegia*, *epidemic stupor*, *acute poliiencephalitis*, *polioencephalomyelitis*, *paralyisie bulbaire* ou encore *obscure disease with cerebral symptoms*.

La conception adoptée à Bordeaux va d'ailleurs dès 1919 être confirmée par de nombreuses communications et de multiples travaux, et recueillir sans cesse des adhésions nouvelles. Etienne, Caussade et Benech, de Nancy, dans la *Revue Médicale de l'Est* du 1^{er} septembre 1919, Bériel dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 5 mars 1921, H. Roger, de Marseille, dans la *Médecine* de décembre 1920, arrivent aux mêmes conclusions.

A Paris, Castaigne dans le *Journal Médical Français* de mars 1920, Paul Blum dans *Paris Médical* du 20 mars 1920, Achard dans *Paris Médical* du 24 juillet 1920 et dans son ouvrage *l'Encéphalite léthargique* (1921), puis Chauffard, Pierre Marie, Vidal, Sicard, se rallient à la conception bordelaise.

Même adhésion à Montpellier, à Angers et à l'étranger où l'évolution vers cette conception apparaît de plus en plus sensible. C'est avec F. G. Crookshank, de Londres, la *Riforma Medica* (21 février 1920) en Italie, le *Journal of American Association*, le *Medical Record* et le *New-York Medical Journal* (7 août 1920) aux Etats-Unis, le *Scalpel* de Bruxelles, les *Acta Medica Scandinavica* de Stockholm, et des organes d'Espagne, du Brésil, d'Argentine, etc.

La conception de l'Ecole bordelaise, qui eut dès le début le mérite d'être plus haute, plus synthétique, cette conception pour laquelle l'encéphalite léthargique n'est pas une forme nosologique spéciale, mais seulement une variété d'une maladie plus générale, va d'ailleurs se trouver seule capable de rendre compte de son polymorphisme à mesure qu'il va s'affirmer et que les observations vont se multiplier.

Elle seule aussi permet de prendre des formes bulbaires qui nous intéressent particulièrement ici une notion juste

et de les replacer au rang qui leur convient dans les larges limites de l'encéphalite épidémique (1).



La maladie avait paru décroître en France dans les derniers mois de 1919; mais dès le début de 1920 une recrudescence de l'épidémie apparut et les observations se multiplièrent.

Sicard décrit alors une encéphalite myoclonique accompagnée d'algies; René Bénard en rapproche certaines épidémies de hoquet et voit chez un même malade se succéder la léthargie, la myoclonie et les algies. Ainsi que Sainton l'écrit en mars 1920, « Cette extension du domaine de la maladie ne cadre donc plus avec la dénomination d'encéphalite léthargique » (2).

Netter estimait en mars 1920 le nombre de cas d'encéphalite relevés en France à 10.000, dont 1.500 pour Paris. Rappelons, après le Professeur Cruchet, la marche de l'épidémie dans la région girondine. Le premier cas y est signalé en mars 1918, à Libourne, trois cas seront signalés ensuite de mai à août à Jonzac, puis d'autres en octobre à Blaye, à Saint-André-de-Cubzac et en janvier 1919 à Royan. A Bordeaux le premier cas est signalé en février 1919, le deuxième en mai. A partir de novembre 1919 les observations deviennent nombreuses, particulièrement de janvier à mars 1920. En décembre 1920 le nombre d'encéphalites connues dans la région est de 150 environ.

(1) L'encéphalite épidémique a quelquefois été désignée sous le nom de « Maladie de Cruchet », termes que le professeur Moussous a repris dans son rapport de juillet 1920 en Conseil de Faculté pour la candidature du Docteur Cruchet à la chaire de pathologie générale.

(2) Paul SAINTON. Les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique. *Journal Médical Français*, mars 1920.

CHAPITRE II

Historique des formes bulbaires

Les formes bulbaires de l'encéphalite épidémique sont rares. Pour cela sans doute ont-elles jusqu'à présent peu retenu l'attention des cliniciens. On trouve cependant à leur sujet dans la littérature médicale de brèves mentions au cours de revues générales sur l'encéphalite, des observations en nombre restreint ou même quelques très rares travaux s'y attachant particulièrement.

Déjà à la suite de leurs observations de 1915-1916-1917, Cruchet, Moutier et Calmettes isolaient une forme bulbo-protubérantielle, tout en remarquant que cette variété clinique se présentait le plus souvent associée à des symptômes d'une origine différente. Ils notaient néanmoins:

« Une forme bulbo-protubérantielle, avec lésions nucléaires variées portant sur le trijumeau, le facial et le vago-spinal » (1).

Le 12 avril 1918, Caussade (2) indiquait qu'à l'autopsie d'encéphalitiques il avait trouvé un bulbe rouge présentant macroscopiquement des stries rouges et blanches.

En septembre 1918, Saintou (3) dans une revue générale sur l'encéphalite léthargique décrivait un type bulbo-protubérantiel caractérisé par des paralysies du moteur oculaire,

(1) Loc. cit.

(2) *Bulletin et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, mars 1918.

(3) SAINTOU. L'encéphalite léthargique, *Presse Médicale*, 23. sept. 1918

externe du facial, du trijumeau, du glosso-pharyngien et de l'hypoglosse.

Revenant en mars 1920 (1) sur *les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique*, il décrivait parmi les formes localisées une variété bulbaire et rappelait une observation personnelle que nous citerons plus loin.

En mars 1920 aussi, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, Harvier et Levaditi (2) décrivaient les lésions rencontrées à l'examen des centres nerveux d'encéphalitiques et notaient :

« ...Au niveau de la moelle et du bulbe des dilatations vasculaires avec petites suffusions sanguines, surtout dans la substance grise. »

Le 5 juillet, René Azoulay dans son travail sur *les formes bulbo-myélitiques de l'encéphalite* (3), réunissait un certain nombre d'observations de malades atteints d'encéphalite épidémique et concluait que :

« L'encéphalite léthargique paraît ne pas localiser exclusivement son action pathogène sur l'encéphale, mais frapper le bulbe et la moelle à des degrés divers et créer ainsi des modalités bulbo-myélitiques. »

Il ajoutait que le syndrome bulbo-myélitique peut soit s'associer à des symptômes encéphalitiques, soit s'affirmer seul.

Nous reproduisons plus loin quelques-unes des observations citées par lui.

Enfin en 1921, dans son ouvrage *l'Encéphalite léthargique*, Achard note en passant l'existence d'un type bulbaire. Il écrit au sujet des lésions de la maladie :

« Il est facile d'interpréter les *accidents bulbaires* et notamment les *troubles respiratoires et cardiaques*, qui s'ob-

(1) *Journal Médical Français*, mars 1920.

(2) HARVIER et LEVADITI. Lésions des centres nerveux dans l'encéphalite léthargique. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 30 avril 1920.

(3) R. AZOULAY. Des formes bulbo-myélitiques dans l'encéphalite léthargique. *Thèse Alger* 1920.

servent au cours de la maladie et qui parfois la terminent » (1).

Et ailleurs :

« Au bulbe, les altérations sont ordinairement discrètes et limitées à la région postérieure, vers les noyaux des douzième, dixième et huitième paires. Elles ne frappent habituellement que la partie supérieure du bulbe » (2).

(1) p. 165.

(2) p. 154.



CHAPITRE III

Les symptômes bulbaires de l'encéphalite ; faits cliniques

A. — *Symptômes bulbaires épisodiques.*

Nous groupons dans ce premier paragraphe quatre observations dans lesquelles les troubles bulbaires n'interviennent à côté des symptômes les plus habituels de l'encéphalite que d'une manière épisodique et plus ou moins fugitive.

OBSERVATION I

Observation XIV, d'ACHARD (1)

Homme de 29 ans, laveur de voitures.

Le 20 janvier : frissons, courbature, céphalée, toux et douleurs articulaires, débutant par les petites jointures de la main gauche, puis s'étendant aux deux membres supérieurs.

Puis la vue se troubla et la somnolence survint.

Le 30 janvier on peut le tirer de sa somnolence et obtenir des réponses. Mange tout seul.

De temps en temps, contractions myocloniques très prononcées, débutant par l'épaule gauche et se propageant au bras et au côté gauche du thorax.

Myosis bilatéral; absence du réflexe photo-moteur.

Abolition de tous les réflexes tendineux; mais le lendemain ils ont reparu et le myosis a cessé.

La fièvre de 39°4 à l'entrée descend graduellement, pour disparaître le 9 février.

Le malade est apathique; facies sans expression; parole lente et monotone.

Le 5 mars, la somnolence a presque disparu, mais elle revient du 10 au 15 avec des secousses myocloniques.

Le 19, l'amélioration s'accroît, les secousses n'existent plus, mais ont fait place à un tremblement généralisé, à très petites oscillations, surtout marqué aux mains et à la langue.

Le 30 mars, après cinquante jours de maladie, entre en pleine convalescence, mais est apathique et reste presque toujours couché, immobile et inoccupé.

(1) Loc. cit. p. 94.

OBSERVATION II

Observation XV d'ACHARD (Résumée) (1)

Jeune fille de 20 ans prise brusquement de fièvre et de céphalagie vers le 1^{er} janvier.

Le 5, entre à l'hôpital; présente d'une façon saisissante le type de « l'étonnement » : immobile, yeux fixes, regardant droit devant elle. Se laisse examiner sans un mot, semble absente; ne répond pas.

Elle ne dort pas.

La langue est sèche et trémulante.

Parfois petits soubresauts de tendons des membres.

Au neuvième jour de la maladie, ascension brusque de la fièvre à 40°6 et évolution d'une broncho-pneumonie de la base gauche, qui dure jusqu'au 20 janvier.

Dès ce moment, amélioration de tous les symptômes.

Peu à peu la malade commence à parler, demande un journal, dit que pendant sa maladie elle aurait voulu parler mais ne savait pas le faire. Conserve *des trémulations de la langue* et des paupières avec un facies sans expression. *Le pouls reste accéléré; de plus, de temps à autre, se produisent de grands mouvements inspiratoires, sortes de myoclonies de la respiration.*

Sort le 28 février, après deux mois de maladie.

(1) Loc. cit. p. 95.

OBSERVATION III

Observation XVIII. d'ACHARD (1) (Résumée)

Malade de 22 ans. Pris le 24 décembre de rhume, céphalée, frissons, fièvre, courbature. Il s'alite. Les jours suivants, agitation.

Amené à l'hôpital au onzième jour. Il est alors somnolent. Puis ses membres sont agités de mouvements brusques.

Les avant-bras et les mains exécutent des mouvements de carphologie.

Réponses nettes et précises, mais le malade a une certaine gêne de l'articulation des mots, en raison de la sécheresse de sa langue et aussi de troubles moteurs de la langue.

On constate une parésie faciale gauche.

Incontinence d'urine. Température monte à 40°. Constipation opiniâtre. La somnolence persiste. La nuit, agitation et subdélire.

Vers le 13 janvier, diminution de la fièvre et de la somnolence.

Le 28 janvier, après une phase d'amélioration de tous les symptômes, retour de la somnolence et des myoclonies.

Le 1^{er} février, nouvelle amélioration.

Sort le 7 mars; garde un état de torpeur et d'inertie physique.

OBSERVATION IV

Observation XXIV d'ACHARD (1) (Résumée)

Malade de 42 ans. Premiers accidents le 20 décembre. Entre à l'hôpital au début de janvier.

Le 20 décembre, céphalée et courbature. En même temps la vue est gênée et le malade a de la difficulté pour ouvrir les yeux.

S'alite le 9 janvier, en proie à une somnolence invincible.

Le 11 janvier, à l'examen, torpeur caractéristique, subdélire avec rêvasseries, soubresauts tendineux. Température à 39° le soir. Pouls lent (40), petit, dépressible.

Cet état se prolonge; le malade s'amaigrit.

Vers le 50^e jour, alternatives de profond sommeil et d'agitation avec excitation verbale.

Une semaine plus tard, somnolence et agitation diminuent, mais apparition de parésie des globes oculaires.

Après deux mois, nouvelle recrudescence des accidents : alternatives de torpeur et d'agitation; secousses myocloniques.

Parole lente, saccadée, parfois un peu explosive.

La langue tremble, l'articulation des mots se fait mal et certaines consonnes ne sont pas prononcées.

Regard fixe, facies atone.

Depuis, amélioration graduelle jusqu'au 14 mai, où apparaît une recrudescence de la somnolence avec paralysie passagère des quatre membres.

Le malade allait de mieux en mieux et demandait à reprendre son travail, quand dans la nuit du 28 au 29 juin, il meurt subitement.

(1) Loc. cit p. 99.

(1) Loc. cit. p. 106.

B. — *La forme bulbaire de l'encéphalite.*

Dans les observations qui suivent, par opposition aux quatre observations groupées dans le premier paragraphe, les symptômes bulbaires éclatent au premier rang du tableau clinique ou même dominant complètement la scène.

OBSERVATION V

Malade présenté par PAPIN, DÉNÉCHAU et BLANC, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 4 juillet 1919

M... Pierre, cultivateur, est transporté à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 6 février, pour céphalée, troubles visuels, somnolence.

Rien de notable dans ses antécédents.

La maladie a débuté le 20 janvier par de la courbature, de l'asthénie et une tendance au sommeil.

Le 30 janvier céphalée, frissons, somnolence plus marquée.

Le 1^{er} février s'alite. Température 37°5 à 38°. Une diplopie nette apparaît.

A son entrée le malade est somnolent; il faut le secouer pour obtenir une réponse. Raideur de la nuque, Kernig, ptosis bilatéral. Les pupilles se contractent paresseusement à la lumière et ne réagissent pas à l'accommodation.

Liquide céphalo-rachidien clair : lymphocytose légère, albumine normale.

Le 10 février : *léger bredouillement de la parole. Le pouls est à 110 avec une température de 37°.*

Le 18 février : le ptosis s'accroît. Une paralysie faciale gauche se manifeste nettement. Pour la première fois *gêne à déglutir les aliments. Avale parfois de travers.* Les liquides ne refluent pas par nez. *La parole devient plus bredouillante, mal articulée. Température basse, pouls 110.*

Le 20 février : Parésie légère des muscles de la nuque et du cou du côté gauche. Légère trémulation des doigts. *Les troubles de la déglutition s'accroissent, l'alimentation même par les liquides de-*

vient difficile, le malade avale souvent de travers ce qui provoque des quintes de toux pénibles et spasmodiques.

Le 21 février : Dyspnée.

Le 22 février : *Dyspnée sine materia augmente* (44 respirations à la minute). La température s'élève : Pouls 120 à 130.

Le 23 février : *Dyspnée très intense*, respiration rapide, superficielle, stertoreuse. Les paralysies oculaire, faciale, les *troubles moteurs de la langue, de la déglutition* s'exagèrent. Le malade asphyxie progressivement et meurt dans le comat à 15 h. $\frac{1}{2}$.

Autopsie le 24 février : L'encéphale ne présente à l'examen extérieur et sur les coupes rien de macroscopiquement appréciable.

OBSERVATION VI

Observations de M. le Docteur DUMOLARD, (Déjà parue in thèse AZOULAY).

M... Saïd, 23 ans, journalier. Bonne santé habituelle.

Entré à l'hôpital de Mustapha le 6 janvier 1920, parce que depuis quinze jours, il éprouve de violentes douleurs dans tous les membres.

Le 5 janvier dans la nuit délire onirique.

Le 6 janvier : mouvements convulsifs rythmiques du membre inférieur gauche. Les réflexes rotuliens sont abolis, les achilléens faible à droite, abolis à gauche. Au membre supérieur, les réflexes tendineux sont affaiblis. Ni troubles oculaires, ni fièvre.

Le 10 janvier : Rétention d'urine. Mouvements rythmiques de la cuisse gauche et au niveau du grand droit de l'abdomen. Fièvre 38° à 38°5.

Le 13 janvier : Nuit très agitée, délire. Le matin état d'hébétéude confusionnelle. Mouvements convulsifs de l'épaule gauche, parfois localisés à un seul faisceau musculaire, notamment au niveau des lèvres.

Réflexes achilléens et rotuliens gauches absents. Rotulien droit affaibli.

Le 16 janvier : Hébétude confusionnelle. Rétention d'urines. Douleurs dans les membres et le thorax. Etat choréiforme tout à fait particulier, dans lequel on retrouve des éléments du spasme, de la convulsion épileptiforme, des mouvements choréïques.

Le 17 janvier : Le malade peut uriner seul. Est assis sur son lit. Tête animée d'un mouvement de balancement.

Le 21 janvier : Facies pleurard du malade : bouche entr'ouverte, la salive arrive aux commissures, *les mots paraissent mal articulés*.

Ponction lombaire : liquide clair; lymphocytes 2; albumine 0.12; urée 0.507; sucre 0.904. Réaction Bôrdet W. négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Cultures du liquide céphalo-rachidien et du sang restent stériles.

Le 22 janvier : *Dysarthrie très prononcée, dysphagie. Le pouls s'accélère, la respiration est superficielle, irrégulière, l'anxiété plus prononcée.* Le malade présente un tremblement intentionnel typique dans les mouvements du bras gauche. Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Cet état dure un mois puis apparaît une escharre trochantérienne.

Fin février : Signes d'épanchement dans la plèvre; l'état général s'aggrave, la fièvre reste élevée, les troubles moteurs persistent.

Le malade meurt le 15 mars 1920.

OBSERVATION VII

Observation prise par le Docteur LÉVY-VALENSI,
dans le service du Professeur ARDIN-DELTEIL.
(Déjà parue in-thèse AZOULAY)

P..., 58 ans, photographe, entré à l'hôpital dans le service du Professeur Ardin-Delteil le 15 janvier 1920, pour rhumatisme.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts d'apoplexie.

Antécédents personnels. — Arthritique éprouvant fréquemment des douleurs rhumatismales fugaces, sans crises véritables de rhumatisme articulaire aigu. Bonne santé habituelle. Nie toute syphilis.

Maladie actuelle. — Après quelques jours de malaise général et de courbature, brusquement le 10 janvier, est secoué de gros frissons. Simultanément grosse fièvre et douleurs très vives au niveau des membres inférieurs et supérieurs gauches. Ces algies gagnent la nuque. La nuit, délire. Un médecin diagnostique : rhumatisme et prescrit du salicylate de soude. Cet état persiste huit jours. Le neuvième jour la température cède. Les douleurs dans les membres s'atténuent, puis disparaissent, mais la céphalée temporo-occipitale et les douleurs de la nuque persistent aussi intenses.

Trois jours plus tard le membre supérieur droit devient à son tour douloureux et le malade entre salle Trousseau.

Nous le voyons pour la première fois le 26 au matin. Il est couché sur le côté droit, la tête inclinée sur l'épaule droite.

Température : 37°2. Pouls : 88.

Le membre supérieur droit est parésié et légèrement tuméfié. L'œdème est surtout marqué au coude.

Langue sale. Constipation.

En arrière, à la base droite, quelques râles congestifs. Pouls : 88. Tension : 13-6,5 au Pachon.

Urines : Pas de sucre; traces d'albumine:

Diplopie. Désir anormal de sommeil.

Réflexes rotuliens abolis.

Inégalité pupillaire et Argyll-Robertson.

Incontinence d'urine.

Le 31 : Même état.

Le 2 février : Apyrexie.

Le 3 février : Température : 39°7. Un frottis démontre l'absence d'hématozoaires. Jusqu'au 10, le malade semble mieux.

Le 12 février : La fièvre reparaît.

Le 19 février : Depuis trois jours, *dysphagie non douloureuse; les liquides ne peuvent franchir l'isthme du gosier et ressortent par le nez.*

Ponction lombaire : Liquide clair, non hypertendu; lymphocytose et albumine normales; teneur en sucre élevée. Réaction de Bordet-Wasserman : négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le 21 février : Ptosis léger à gauche. *Le malade a de la difficulté à bien articuler et se plaint d'une sensation désagréable de feutre et de flanelle dans la bouche.*

Le 23 février : *Elycosurie.* Déglutition moins pénible. *Langue hémiparésiée et déviée à gauche. Le voile du palais et le pilier postérieur droit sont parésiés. Le réflexe pharyngien est aboli.* Parésie du facial inférieur droit. *Tachycardie.* Température : 37°2.

Le 26 février : Membre supérieur droit toujours parésié. Il présente en outre de l'hypoesthésie.

Le 27 février : *La dysphagie et la dysarthrie s'aggravent. La dyspnée apparaît alors que les phénomènes congestifs du début sont disparus.*

Le 28 février : *Tous les phénomènes bulbaires augmentent. Dyspnée, rythme de Cheyne-Stokes intermittent.*

Le 1^{er} mars : Etat comateux. Le malade meurt le 2.

Autopsie : On a prélevé seulement la protubérance, le bulbe et la partie supérieure de la moelle cervicale. Macroscopiquement ces régions étaient congestionnées.

OBSERVATION VIII

Observation présentée dans l'article de R. CRUCHET :

L'enséphalomyélite diffuse (1).

Une jeune fille se plaignait de céphalées et surtout de douleurs dans la nuque, survenant sous forme de crises névralgiques et faisant croire à une raideur qui n'existait pas en réalité. *Une certaine difficulté pour avaler. Tachycardie. Irrégularité respiratoire.* Etat général infectieux, avec langue saburale et constipation. Fièvre modérée dépassant à peine 37°. On avait pensé à la grippe. Mais les accidents étaient localisés au système nerveux. Rien aux poumons ni au cœur. Cet état dura près de trois semaines, puis brusquement la jeune fille, qui avait conservé sa lucidité d'esprit, tomba dans le coma et mourut.

(1) *Paris Médical*, 14 juin 1919.

OBSERVATION IX

Observation de SAINTON (1)

Malade présentée à la Société médicale des Hôpitaux de Paris,
le 26 juillet 1918

Mme X..., âgée de 39 ans, après une période de malaise caractérisée par de l'asthénie, de l'insomnie, fut obligée de s'aliter chez elle, le 1^{er} juin, avec de la courbature, de la fièvre, des frissons. Elle éprouvait une légère douleur dans la gorge, sans gêne de la déglutition et sans enrouement, mais avec de l'enchifrènement.

Alors apparaît un état de somnolence qui persiste huit jours et semble d'autant plus surprenant que la malade souffre d'insomnie : hypersomnie entrecoupée de réveils brusques et de cauchemars sans délire.

En même temps, raideur de la nuque, constipation et légère chute des paupières.

Le 12 juin, disparition de la somnolence, mais paralysie faciale gauche des plus nettes.

Le lendemain, le côté droit est paralysé à son tour; la malade peut à peine ouvrir la bouche.

Troubles du goût, diminution de l'ouïe.

Le 14 juin, à l'entrée à l'hôpital, les symptômes sont ceux d'une diplégie faciale.

La langue est difficilement tirée hors de la bouche, signe indiquant une participation de la XII^e paire. Le goût est aboli dans les deux tiers antérieurs de la langue.

Pas de troubles moteurs des membres, sauf de la faiblesse.

Pas de troubles des réflexes.

Liquide céphalo-rachidien eau de roche.

Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

Le 19 juin, les symptômes s'amendent, la bouche s'ouvre mieux, la langue peut être tirée hors de la bouche, mais la *mastication est gênée et la malade est forcée de repousser avec la main les aliments qui se logent entre la joue et les arcades dentaires.*

Le 17 juillet, amélioration très sensible de tous les symptômes.

Les troubles de la mastication et du goût ont disparu.

(1) *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 juillet 1918, p. 808.

OBSERVATION X

Observation I de Pierre MARIE et Gabrielle LÉVY (1)

Malade présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris,
le 30 avril 1920.

Femme de 51 ans.

En avril 1919, brusquement douleurs dans le ventre et sensation de raideur douloureuse dans les jambes. S'alite. Fièvre (?).

Ni céphalée, ni somnolence, ni signes oculaires.

Quand elle se lève, remarque qu'elle « pince » anormalement la lèvre supérieure et a une sensation de tuméfaction de la lèvre supérieure et de la région gingivale supérieure.

Légère gêne de la mastication et de la parole. N'avalait pas de travers.

En octobre 1919, apparition de douleurs dans la mâchoire inférieure.

En même temps, apparition de mouvements involontaires de la mâchoire inférieure et de la langue.

La malade aurait en outre, depuis deux mois, des troubles de la déglutition et par moments les liquides reflueraient par le nez.

L'examen montre :

De petits mouvements oscillatoires constant de diduction de la mâchoire inférieure avec fine trémulation de la lèvre supérieure et de la langue.

Si on fait tirer la langue, elle est agitée en masse de petites secousses musculaires. De temps en temps ébauche de mouvements de retrait ou de propulsion.

Mastication difficile, même pour de petites bouchées.

Les liquides ont tendance à refluer vers le côté droit.

La malade ne peut siffler.

Lorsqu'on inspecte l'arrière-bouche, on voit les deux piliers antérieurs se resserrer rythmiquement, en même temps que la luette est animée de petits mouvements synchrones de va-et-vient.

Le réflexe du voile est très faible.

On obtient le réflexe nauséeux à la paroi postérieure du pharynx.

Pas d'examen plus approfondi de la sensibilité, pas de réaction de Bordet, pas de ponction lombaire, la malade se refusant à tout examen ultérieur.

1(1) Pierre MARIE et Gabrielle LÉVY. Deux nouveaux cas de mouvements involontaires post-encéphaliques à localisation exclusivement lingo-facio-masticatrice. *Bull. et Mém., Soc. de Méd. des hôpitaux de Paris*, 30 avril 1920.

OBSERVATION X

2^e observation de Pierre MARIE et Gabrielle LÉVY (1)

Homme de 28 ans, Eugène L..., se présente le 18 avril 1920 pour un tremblement anormal des lèvres et des mains, et de la diplopie intermittente.

Quinze jours auparavant environ, a été pris d'une douleur violente et subite de la région occipitale avec fièvre (40°) et délire. En même temps survient de la diplopie.

Délire et diplopie se prolongent 5 à 6 jours. Ils sont accompagnés d'insomnie rebelle.

Au bout de six jours, disparition de la fièvre et des troubles oculaires. Le malade se lève. Il sent alors un tremblement anormal de la mâchoire et une gêne de la parole due surtout à la langue. Puis tremblement des mains et éblouissements fréquents.

Pas de maladies, ni de mouvements anormaux antérieurs.

A l'examen du 18 avril :

Aspect figé. Visage fixe et triste.

Fine trémulation des muscles des lèvres.

Lorsqu'on fait tirer la langue, elle est animée d'une fine trémulation.

Le voile du palais et le pharynx sont normaux dans leur aspect.

Réflexe du voile et réflexe pharyngé normaux.

Ponction lombaire : Albumine, 0,35 centigr.; 4 lymphocytes à la cellule de Nageotte.

Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le 24 avril, les tremblements ont diminué, sauf celui de la langue.

En somme : Encéphalite certaine, plus bruyante au point de vue des signes généraux que la première. Puis apparition, à peine une semaine après, de mouvements involontaires des muscles péri-buccaux et linguaux avec léger tremblement des mains.

(1) Loc cit.

OBSERVATION XII

Observation de Pierre MARIE et Gabrielle LÉVY (1)

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui, en décembre 1919, après une période de trois semaines environ d'insomnie, fièvre, fatigue extrême, est pris de somnolence sans céphalée, ni troubles oculaires. En même temps remarque que sa mastication est plus lente avec salivation abondante.

Cet état se maintient pendant six semaine, puis amélioration et le 3 mars, le malade reprend sa vie habituelle.

Quelques jours après :

Apparition d'une douleur qu'il compare à la sensation d'un coup de couteau au-dessous du bord inférieur du maxillaire gauche, pour irradier dans la profondeur.

Pas de troubles de la déglutition.

Pas de maladies et de mouvements anormaux auparavant.

Marié, quatre enfants bien portants.

Sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Dès qu'il veut parler ou mâcher, ses masséters se contractent et il commence à grimacer. La bouche s'étire, découvre anormalement les dents; les lèvres sont propulsées dans tous les sens.

La langue effectue un mouvement bruyant de succion et claque contre le palais.

Depuis trois jours, au moment de la présentation, les mouvements rendent la mastication impossible. Le malade ne s'alimente qu'avec des liquides.

Il ouvre la bouche, tire la langue, montre les dents, siffle.

Réflexes du voile et du pharynx faibles.

Gustation normale pour le salé, le sucré, l'amer.

Déglutit normalement, mais sensation indéfinissable au niveau de la langue.

Parole entrecoupée, explosive, chuintante, sifflante, suivant le mouvement provoqué par la douleur.

Dans l'ensemble elle est presque incompréhensible.

(1) *Bul. et Mém., Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1920.

OBSERVATION XIII (Inédite de POROT et HESNARD)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur HESNARD)

M. R..., 63 ans. Entré à la clinique Saint-Raphaël le 17 mars 1923. Sorti le 12 avril 1923. Décédé le 15 avril 1923.

Bonne santé antérieure.

Marié. Sa femme a eu 14 enfants en 13 ans. Morte à 40 ans.

Garde 2 enfants vivants, sains et vigoureux.

Propriétaire. Vit à Bordj-bou-Arréridj.

Dit avoir eu la grippe il y a un mois, avec *fièvre*. Avait des *somnolences*; quelques semaines avant, *céphalées*.

Était depuis quelque temps fatigué, asthénique.

Raconte que, au début de mars, sentit, un jour, en mangeant, sa langue se paralyser tout à coup. Pendant les jours qui suivirent, ne pouvait qu'avec peine parler, s'alimenter : les aliments ressortaient par le coin des lèvres.

Très inquiet, revient à Alger.

Vu à l'hôtel pour la première fois le 16 mars.

A ce moment, gêne des mouvements de la langue; faiblesse du voile. Réflexes normaux, rien aux membres.

Entre à la clinique.

Rien à signaler au point de vue nerveux, en dehors des *accidents labio-glosso-laryngés*, lesquels sont en régression; mais la langue se fatigue vite; après repos, une conversation presque normale, puis rapidement la fatigue amène de la parésie.

Se plaint de la vue.

Homme fort, de haute stature, d'allure un peu pléthorique.

Tension artérielle : 27/7.

Signes nets d'*insuffisance aortique* : souffle diastolique, poulx de Corrigan.

Insomnie depuis quelques mois avec asthme nocturne. Dyspnée d'effort. Membres inférieurs variqueux. Pas l'œdème aux membres inférieurs. Bouffissure des paupières.

17 mars : Polyurie (3 litres). Albuminurie.

Gros foie. Tension : 19/6. Pas de poulx alternant.

20 mars : Tension : 19/6.

23 mars : Examen du sang : urée, 0 gr. 69 cent. par litre sérum.

24 mars : Amélioration considérable de la paralysie labio-glosso-laryngée. Amélioration de l'état général et circulatoire (digitale, régime sans sel).

Dort mieux. Moins de dyspnée.

Tension : 17,5/5.

26 mars : Reprise de faiblesse de la langue. Difficulté de l'alimentation.

Tension : 17,5/5.

Poids : 113 kilos.

27 mars : Reprise très accusée des symptômes labio-glosso-laryngés; langue sort de la bouche; voile du palais et luette pendantes sur la base de la langue. Réflexe presque aboli.

Impossibilité de déglutir.

Voie nasonnée.

Se plaint de *ptosis* de la paupière gauche; est obligé parfois de la relever avec la main. Dit *voir double*.

Se plaint aussi de faiblesse des mains, surtout de la gauche.

28 mars : *Wassermann négatif*. Tension : 16/5.

1^{er} avril : Parésie de la nuque. Le malade doit se soutenir la tête de la main sous le menton quand il veut manger ou parler. Reste assis la tête haute ou légèrement inclinée en arrière sur un oreiller.

Ptosis accentué. Dyplopie constante.

Légère hyper-réflexivité tendineuse.

Tension : 18/5,5.

6 avril : Etat stationnaire, quoi qu'il y ait amélioration de la parésie de la nuque. Par contre, aggravation de la *paralysie vélo-pharyngée*. Déglutition très troublée. Alimentation laborieuse. Petites crises de dyspnée de signification bulbaire. Pouls dur, régulier. P. : 16/9.

Etat à surveiller de très près.

11 avril : Etat s'aggrave de jour en jour. Grandes crises d'étouffement. Le malade ne peut s'alimenter qu'à l'aide de la sonde nasale et même reste parfois plusieurs heures incapable de déglutir, d'où dyspnée intense et menace de syncope. Parole extrêmement difficile. Paralysie du voile du palais et ptosis accentués.

Anesthésie de la gorge; le malade pour se soulager se râcle le pharynx avec un cuiller et ramène quelques mucosités.

12 avril : Se rend compte de l'aggravation de son état, veut partir immédiatement chez lui. Le voyage s'effectue en auto, extrêmement pénible pendant neuf heures.

A l'arrivée, syncope. Piqûres simultanées d'éther, caféine, adrénaline, huile camphrée, qui le raniment.

Trois jours après, décès.

OBSERVATION XIV

Observation inédite prise dans le service
de M. le Professeur VERGER

B... Paul, 30 ans, ajusteur.

Entre le 6 mars, à l'hôpital Saint-André, salle 13, lit 11.

Depuis la fin de février se sentait fatigué.

Le vendredi 2 mars, dans l'après-midi, ne peut aller travailler.
Dès ce moment il commence à voir double et ressent des douleurs dans les deux mains.

Ne dort pas dans la nuit de vendredi à samedi.

Le samedi, céphalée, température légère, diplopie, fatigue générale.

Dimanche 4 mars, même état, un peu de somnolence le jour, insomnie la nuit; de plus, le malade ne peut plus parler.

Le 6 mars, dyspnée *sine materia*; le médecin traitant remarque une sorte de dérèglement du rythme respiratoire.

Etat le 7 mars :

Facies pâle; le malade paraît fatigué.

Le premier symptôme qui frappe est l'aphonie du sujet; c'est à peine si l'on comprend ce qu'il prononce; cependant les mots sont articulés correctement; le malade n'est ni aphasique, ni dysarthrique : il est aphone.

Pas de paralysie linguale.

Pas de paralysie des lèvres.

Pas de déviation oblique ovulaire de la bouche.

Pas de paralysie de la musculature externe de l'œil.

Inégalité pupillaire : pupille gauche > pupille droite.

Les pupilles réagissent normalement à la lumière.

Les yeux se ferment incomplètement.

Un peu de parésie faciale; le visage paraît figé; les mouvements de grimace sont à peine ébauchés. Mastication difficile.

Le malade a de grandes difficultés pour avaler les liquides. Après avoir bu quelques gouttes, il est pris de quintes de toux et renvoie tout ce qu'il a pris par la bouche et le nez.

Le voile du palais est insensible; on ne peut provoquer le réflexe nauséeux.

Paralysie complète du diaphragme.

La musculature de la paroi abdominale se contracte parfaitement.

Pouls régulier à 100.

Tension artérielle au poignet droit : 18-9. Ind. : 5.

De temps en temps le malade est pris subitement d'une toux spasmodique sans timbre.

Réflexes rotuliens : un peu vifs, Achilléens : faibles.

Pas de clonus du pied et de la rotule.

Réflexe plantaire : aucune réponse.

Sensibilité :

Membre inférieur gauche : sensibilité normale.

Membre inférieur droit : anesthésie en botte remontant jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure du tibia.

Membre supérieur gauche : sensibilité normale.

Membre supérieur droit : anesthésie en gant jusqu'au niveau de l'apophyse radiale environ.

Face : zones d'insensibilité disséminées.

Cornée pariésée.

Motricité :

Force de pression de la main droite très diminuée.

Pas d'adiadococinésie.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Oligurie.

Antécédents : Rien à signaler; marié depuis la guerre; pas d'enfants. Sa femme n'a fait aucune fausse couche.

Le 12 mars :

Le diaphragme fonctionne de nouveau.

Pouls : 84.

Le son laryngé est réapparu, faible mais net; on a l'impression d'un malade atteint de laryngite chronique.

La mimique est encore inexistante.

Liquide céphalo-rachidien :

4,5 éléments par mm³ (cellule de Nageotte).

Examen du culot : petits lymphocytes exclusivement.

Albumine : 1 gr. par litre.

Le 16 mars :

La sensibilité des membres est revenue. Mais le malade se plaint d'une sensation de froid aux extrémités.

Le 19 mars :

La voix devient plus intense.

Mastication lente; les aliments s'accumulent entre les joues et les dents, surtout à gauche.

Le malade se lève pour la première fois. Se sent mieux.

Le 13 avril :

Sort de l'hôpital.

La voix est encore un peu nasonnée, le facies figé légèrement. Le malade ne peut encore bien siffler.

Bon état général; bon appétit.

Le 25 avril :

La voix du malade, que nous sommes allés voir chez lui, a presque repris son timbre normal. Tous les symptômes continuent à s'améliorer. Il part à la campagne.



CHAPITRE IV

Interprétation nosologique des symptômes et formes bulbaires de l'encéphalite.

A. — Synthèse clinique

Dans chacune des quatre premières observations nous trouvons un ensemble de symptômes considérés comme caractéristiques de l'encéphalite épidémique. Ce sont, dans les observations I et IV, l'état infectieux, la somnolence, les troubles oculaires, auxquels s'ajoutent des contractions myocloniques avec troubles des réflexes dans l'observation I, de l'excitation motrice avec subdélire et des secousses myocloniques dans l'observation IV. Dans l'observation II nous trouvons de la fièvre, de la torpeur, des soubresauts des tendons des membres; dans l'observation III un état infectieux encore accompagné de somnolence, d'agitation et de myoclonies.

A côté de ces troubles nous notons en outre dans chacun de ces cas des signes bulbaires épisodiques, plus ou moins fugitifs.

Ils consistent en :

Trémulation et troubles moteurs de la langue : observations I, II, III et IV.

Troubles de la parole : observations III et IV.

Troubles du rythme respiratoire et troubles cardiaques : observation I.

Ils traduisent les uns et les autres une atteinte bulbaire légère et passagère intéressant particulièrement, semble-t-il, les noyaux du grand hypoglosse et du pneumogastrique.

Il faut rapprocher de ces cas, ceux où suivant les termes d'Achard : « La cause de la mort n'apparaît pas toujours avec évidence; on peut alors songer à des accidents bulbaires, mais on ne saurait toujours préciser leur nature exacte » (1).

Il faut rapporter aussi à ces cas, celui que nous signale M. le Docteur Hesnard, d'un jeune indigène algérien qui fut présenté à une séance très récente de la Société de médecine et de chirurgie d'Alger (juin 1923) par le Professeur Gillot et qui au cours d'une encéphalite présenta de petits symptômes bulbaires, ainsi qu'une paraplégie transitoire. Il paraissait en voie de guérison de cette paraplégie et les symptômes bulbaires avaient disparu au moment de la présentation.



Les dix observations groupées dans le second paragraphe montrent elles aussi chacune un ensemble de signes permettant de caractériser une encéphalite épidémique. Ils consistent surtout en état infectieux, somnolence, troubles visuels, myoclonies, délire. Dans deux ou trois d'entre elles, où la triade symptomatique de Netter est incomplète, des troubles nerveux particulièrement accusés, des parésies, des algies, viennent s'ajouter au tableau clinique.

Mais dans chacune de ces observations les troubles bulbaires prennent une importance de premier plan. Ils consistent en dysarthrie, dysphagie, dyspnée *sine materia* accompagnée de tachycardie. C'est ce que nous notons dans l'observation v. Même tableau dans l'observation VII avec abolition du réflexe pharyngien.

(1) Op. cit.

Dans l'observation VI la dyspnée fait défaut; mais nous notons en outre de l'hypersalivation, que nous retrouverons dans l'observation XII.

Dans l'observation VIII, dysphagie avec tachycardie et respiration irrégulière.

Dans l'observation IX les troubles moteurs sont particulièrement accusés et des troubles du goût apparaissent. De même dans les observations X et XI où se montrent des mouvements de diduction et de propulsion des mâchoires, des lèvres, de la langue, troubles qui constituent alors l'essentiel du tableau clinique.

Dans les observations XIII et XIV enfin, où le faisceau symptomatique est particulièrement riche, aux signes que nous avons rencontrés dans les observations précédentes s'ajoutent des troubles du réflexe pharyngien, de la musculature du larynx, du diaphragme. La tachycardie est peut-être moins notable; mais l'observation XIV montre des troubles du rythme respiratoire.

En résumé nous voyons que toutes les fonctions, que les données actuelles de la physiologie nous permettent de placer sous la dépendance du bulbe, peuvent être atteintes.

Dans ces dix dernières observations, les troubles bulbaires éclipsent même parfois tous les autres symptômes. Ils se résument, on le voit, en : troubles de l'articulation, de la mastication, de la déglutition, de la motricité et de la sensibilité linguales, de la sécrétion salivaire; troubles des réflexes pharyngiens, du larynx; enfin troubles circulatoires consistant surtout en tachycardie; troubles respiratoires se traduisant par de la dyspnée *sine materia*, des troubles du rythme, du fonctionnement diaphragmatique.

Ils correspondent les uns et les autres à une atteinte bulbaire étendue, lésant particulièrement les noyaux des nerfs grand hypoglosse, glosso-pharyngien, pneumogastrique, trijumeau.

Notons qu'ils succèdent le plus ordinairement aux signes

les plus communs de l'encéphalite épidémique et qu'ils peuvent évoluer d'une manière continue, allant vers l'aggravation ou l'amélioration, ou au contraire d'une manière tout à fait irrégulière, insidieuse, disparaissant parfois pour reparaître après quelques jours.



B. — Etiologie. — Anatomie pathologique.

Les formes bulbaires de l'encéphalite ne semblent pas avoir une étiologie différente de celle des autres formes décrites de la maladie. On les observe d'ailleurs mélangées à ces autres formes et l'on n'en a pas noté d'épidémie particulière.

Au point de vue anatomo-pathologique, en dehors de ce que nous avons dit en faisant l'historique des formes bulbaires, les observations que nous avons groupées nous montrent seulement un état de congestion du bulbe appréciable macroscopiquement.

Rappelons qu'Harvier et Levaditi décrivent ainsi les lésions bulbaires qu'ils ont observées :

« ...Au niveau du bulbe des dilatations vasculaires avec petites suffusions sanguines. »

Et Achard s'exprime à ce sujet en ces termes :

« Au niveau du bulbe, les altérations sont ordinairement discrètes et limitées à la région postérieure, vers les noyaux des 12^e, 10^e et 8^e paires. Elles ne frappent habituellement que la partie supérieure du bulbe. »

C. — Diagnostic

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes essentiels qui permettent d'assurer le diagnostic positif d'encéphalite; nous les avons exposées dans le paragraphe A. Ajoutons cependant que l'examen du liquide céphalo-rachidien et la recherche de la réaction de Bordet peuvent contribuer à élucider le diagnostic.

Mais il se fondera aussi sur le groupement des symptômes et sur leur mode évolutif. Ici il faut nous rappeler ce que nous avons dit du polynorphisme et de la marche irrégulière et acyclique de la maladie au début de notre travail.

Ce sont ces mêmes considérations qui doivent être présentes à l'esprit du clinicien quand se pose le problème du diagnostic différentiel de l'encéphalite, particulièrement de ses formes bulbaires, avec des affections qui peuvent s'en rapprocher : bulbites infectieuses, tumeurs et hémorragies bulbaires, paralysie glosso-labio-laryngée, botulisme, myélites à propagation bulbaires, etc.

Disons en terminant que l'un quelconque des symptômes bulbaires doit attirer l'attention et faire penser à la possibilité d'une localisation au niveau du bulbe. Un seul symptôme bulbaire peut être suivi d'un syndrome complet capable d'emporter le malade.

D. — Pronostic

Les observations précédentes montrent que parmi les formes différentes de l'encéphalite épidémique, on doit considérer les formes bulbaires comme particulièrement graves. Nous trouvons, en effet, sur 14 observations, six cas mortels et parmi les autres plusieurs n'ont pu être suivis jusqu'à ce que la guérison parut assurée. Ce pourcentage est très supérieur à celui de l'encéphalite en général. Mais il faut remarquer que parmi ces formes les plus graves restent celles où le syndrome bulbaire prend une importance de premier ordre.

CONCLUSIONS

Des considérations qui précèdent, nous croyons en résumé pouvoir tirer les conclusions suivantes.

Il semble que dans des cas assez nombreux les lésions de l'encéphalite épidémique intéressent le bulbe à des degrés divers.

Les troubles, que cette atteinte entraîne, se présentent parfois parmi les autres symptômes de la maladie d'une façon tout à fait épisodique et fugitive.

Mais ils peuvent, dans certains cas, se placer au premier rang des signes observés, dominer complètement le tableau clinique et lui donner une individualité si nette, qu'elle justifie l'isolement d'une forme bulbaire de l'encéphalite épidémique. Ils succèdent souvent alors, dans ces cas, à l'une de ses formes les plus habituelles.

Quelle que soit leur évolution, courte ou longue, traînante ou nettement tranchée, ils déterminent souvent mais non toujours une issue fatale, contre laquelle jusqu'à présent aucune thérapeutique spéciale n'est applicable.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

Henri VERGER.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 juillet 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE et HESNARD. — Sur une forme psychique pure d'encéphalite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 28 mai 1920. *Gaz hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, juillet 1920.
- Etat pseudo-parkinsonien durant depuis neuf mois, consécutif à une encéphalite léthargique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 17 décembre 1920.
- ACHARD. — *L'encéphalite léthargique*, Paris, Baillière, 1921.
- ANDÉRODIAS. — Encéphalomyélite diffuse à forme myoclonique au cours de la puerpéralité. *Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Bordeaux*, 27 avril 1920. *Journal de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1920.
- ANGLADE et VERGER. — Syndrome d'encéphalomyélite infectieuse à début pseudo-parkinsonien. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 9 janvier 1920.
- ARNOZAN. — Un cas d'encéphalite léthargique. *Concours médical*, 9 mai 1920.
- AZOULAY (R.). — Des formes bulbo-myélitiques dans l'encéphalite léthargique. Thèse Alger, 5 juillet 1920.
- BÉNARD (R.). — Le polymorphisme symptomatique dans l'encéphalite léthargique. *Journal Médical français*, mars 1920.
- BREINE. — *Med. journ. of Australia*, mars 1918.
- CAUSSADE. — *Bull et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 mars 1918.

- COMBY. — L'encéphalite léthargique. *Arch. de médecine de l'enfance*, mai 1919.
- CARLES (J.) et MOREAU (N.). — Sur un cas intérieur d'encéphalite léthargique. Soc. anatomo-clinique de Bordeaux, séance du 26 juillet 1920.
- CREYX. — A propos de l'encéphalomyélite aiguë diffuse épidémique. Forme myoclonique et délirante. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril 1920.
- DE COQUET. — Encéphalomyélite diffuse. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 7 novembre 1919.
- Nouveaux cas d'encéphalomyélite diffuse. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 13 février 1920.
- CRUCHET (R.). — L'encéphalomyélite diffuse et l'encéphalite léthargique. *Paris Médical*, 14 juin 1919.
- La conception bordelaise de l'encéphalite léthargique ou encéphalomyélite épidémique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janvier 1921.
- CRUCHET (R.) et ANGLADE. — Nouveaux cas d'encéphalomyélite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 janvier et 6 février 1920.
- Encéphalomyélite et méningo-encéphalomyélite diffuse. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 janvier et 6 février 1920.
- CRUCHET (R.), MOUTIER et CALMETTES. — Quarante cas d'encéphalomyélite subaiguë. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 27 avril 1917, p. 614.
- DUBINI (Angelo). — Primi cenni sulla corea ellettrica. VII° Congr. degli Scienziati ital. in Napoli. *Ann. univers. di medic.*, janvier 1846.
- DUMOLARD et AUBRY. — *Société méd. des hôp.*, 6 mars 1920.
- Von ECONOMO. — Encephalitis lethargica. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 18 mai 1917.
- ETIENNE. — Encéphalite léthargique. *Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris*, 23 mai 1919, p. 482.

- ETIENNE. CAUSSADE et BENECH. — Encéphalite léthargique et encéphalomyélite. *Revue méd. de l'Est*, 1^{er} septembre 1919, p. 231.
- GAYET. — Affection encéphalique (encéphalite diffuse probable) localisée aux étages supérieurs des pédoncules cérébraux et aux couches optiques ainsi qu'au plancher du quatrième ventricule et aux parois latérales du troisième ventricule. *Arch. de physiol.*, 1875, p. 341.
- HALL. — Epidemic encephalitis. *The brit. med. journ.*, 20 août 1918.
- HARMAND. — Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique. Thèse de Bordeaux, 2 juin 1920.
- HARRIS. — Acute infectious ophtalmoplegia or botulismus. *The Lancet*, 20 avril 1918.
- HARVIER et LEVADITI. — Recherches sur l'encéphalite léthargique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 février 1920, p. 179.
- Lésions des centres nerveux dans l'encéphalite léthargique. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 avril 1920.
- HESNARD. — La psycho-encéphalite aiguë épidémique et les troubles psychiques de l'encéphalite aiguë dite léthargique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 19 mars 1920.
- LÉVY (F.). — L'encéphalite léthargique. *Gazette des hôpitaux*, 11 et 13 novembre 1919.
- LHERMITTE. — L'encéphalite léthargique. *Annales de médecine*, septembre 1919.
- MARIE (Pierre) et M^{lle} LÉVY (Gabrielle). — Deux nouveaux cas de mouvements involontaires post-encéphalitiques à localisation exclusivement linguo-facio-masticatrice. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 avril 1920, p. 546.
- Un nouveau cas de localisation facio-masticatrice du syndrome excito-moteur tardif de l'encéphalite épidémique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1920, p. 661.

MAURIAC (P.). — *Soc. anatomo-clin. de Bordeaux*, 2 février 1920.

— *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 15 octobre 1920.

NETTER (A.). — Sur quelques cas d'encéphalite léthargique observés récemment à Paris. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 mars 1918, p. 307.

— L'encéphalite léthargique épidémique. *Paris Médical*, 3 août 1918, p. 81.

— *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918-1920, passim.

— *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1918-1920, passim.

PAPIN, DENÉCHAU et BLANC (Ch.). — Quatre cas d'encéphalite léthargique à Angers. Leurs modalités cliniques; leurs suites après cinq mois d'évolution. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 juillet 1919, p. 659.

PRIBRAM. — *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1918.

SABRAZÈS (J.) et MASSIAS (Ch.). — De l'encéphalite léthargique; à propos des formes frustes. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 8 février 1920.

— De l'encéphalite léthargique; à propos des formes graves. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 29 février 1920.

SAINTON. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 juillet 1918, p. 808.

— L'encéphalite léthargique. *Presse Médicale*, 23 septembre 1918.

— Les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique. *Journ. médic. français*, mars 1920.

SCHLESINGER et REDLICH. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 27 novembre 1917.

SERRE. — Contribution à l'étude de l'encéphalite léthargique épidémique et de ses formes cliniques. Thèse de Bordeaux, 30 avril 1919.

VERGER (Henri). — Encéphalomyélite épidémique. *Soc. de méd. et*

de chir. de Bordeaux, 6 février 1920. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 20 février 1920.

- Séquelles spasmodiques et myocloniques de l'encéphalomyélite épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 15 octobre 1920.

VERGER (H.) et HESNARD. — Un cas de stupeur aiguë épidémique. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 16 avril 1920. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 13 juin 1920.

- Le syndrome moteur des encéphalitiques pseudo-parkinsoniens, état figé ou bradykinésie hypertonique. *Réun. neurolog. ann.*, juin 1921. *Rev. neurolog.*, 1921, p. 633.

VERGER (H.) et LARTIGAUT. — Encéphalomyélite diffuse et myoclonie. *Soc. anat.-clin. de Bordeaux*, 9 février 1920.

YOUNG. — *Brit. med. journ.*, 22 novembre 1890.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — Considérations générales sur l'encéphalite	15
CHAPITRE II. — Historique des formes bulbaires	23
CHAPITRE III. — Les symptômes bulbaires de l'encéphalite; faits cliniques.	
A. — Symptômes bulbaires épisodiques	26
B. — La forme bulbaire de l'encéphalite	31
CHAPITRE IV. — Interprétation nosologique des symptômes et formes bulbaires de l'encéphalite.	
A. — Synthèse clinique	49
B. — Etiologie; anatomie pathologique	53
C. — Diagnostic	54
D. — Pronostic	55
CONCLUSIONS	56
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	57

Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

BORDEAUX

